

**Autorización para Divulgar Información  
Incluso Información Individual Identificable  
de Salud de los Niños**

Estado de Kansas  
Proveedores de Administración de Caso de Bienestar Infantil  
Consejo Estatal de Educación  
Departamento para Niños y Familias  
Departamento Correccional de Kansas – División Servicios Juveniles  
(Conforme a la Regulación de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), Código de Normas Federales (CFR, por sus siglas en inglés) 45 164.508)

**A. AUTORIZACIONES, INFORMACIÓN QUE ABARCA; PERSONAS AUTORIZADAS PARA HACER Y RECIBIR DIVULGACIONES; PROPÓSITOS DE LAS DIVULGACIONES; INFORMACIÓN MÍNIMA NECESARIA; MÉTODO DE LAS DIVULGACIONES.**

Yo, \_\_\_\_\_, soy el (elegir la opción correcta:) \_\_\_padre\_\_\_ tutor legal del/de los siguiente(s) menor(es) con autoridad para actuar en su representación:

Nombre Completo: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre Completo: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre Completo: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre Completo: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre Completo: _____	Fecha de Nacimiento: _____

**En nombre del/de los menor(es) antes mencionado(s), por la presente autorizo** al Departamento para Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) de Kansas y/o al Departamento Correccional de Kansas - División de Servicios Juveniles (KDOC –JS, por sus siglas en inglés) y a sus empleados, contratistas y agentes:

- (1) a divulgar información acerca de mi(s) niño(s)** (incluso información de salud que lo(s) identifique en forma individual e información protegida de salud, como ser nombre, sexo, fecha de nacimiento, número de seguro social, información del test de audición y de visión, proveedor de cuidados fuera del hogar, medicamentos actuales, afecciones físicas o mentales que sean relevantes para los procesos de aprendizaje, y conductas)
- al Departamento Estatal de Educación de Kansas; a cualquier Distrito Escolar Unificado de Kansas que proporcione servicios educativos a mi(s) niño(s); y a sus empleados, contratistas y agentes autorizados (las instituciones educativas)
- (3) para el único propósito de proporcionar servicios educativos y otros relacionados a mi(s) niño(s).**

**También autorizo** a las organizaciones antes mencionadas y a sus empleados, contratistas y agentes, autorizados a realizar la divulgación a:

- Realizar dichas divulgaciones autorizadas de cualquier manera, incluso pero no limitado a, en forma oral, por escrito o por correo electrónico, fax o mediante el ingreso de datos en la base de datos del Departamento Estatal de Educación de Kansas;
- Divulgar solo la información mínima necesaria para posibilitar que las instituciones educativas proporcionen servicios educativos y otros relacionados a mi(s) niño(s); y
- Tener acceso a, consultar, editar, corregir, actualizar y volver a ingresar la información ya ingresada o presentada para que sea ingresada al banco de datos del Departamento Estatal de Educación de Kansas.

**B. LIMITACIONES Y CONDICIONES PARA MIS AUTORIZACIONES.** Las divulgaciones de la información de mi(s) niño(s) que estoy autorizando están sujetas a estas limitaciones y condiciones:

**Autorización para Divulgar Información  
Incluso Información Individual Identificable  
de Salud de los Niños**

(1) Ninguna organización ni persona puede realizar una divulgación si por cualquier motivo considera que el receptor de la información utilizará parte o la totalidad de la misma para un propósito no autorizado.

(2) No pongo ninguna otra limitación ni condición a las divulgaciones que he autorizado.

**C. NUEVAS DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN REALIZADA POR LOS RECEPTORES AUTORIZADOS.** Comprendo que la información de mi(s) niño(s) será divulgada a las instituciones educativas a las que la Ley Federal (Ley del Derecho de la Familia a la Confidencialidad de la Información Educativa (FERPA, por sus siglas en inglés) Código de los Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés) 20 1232g) les exige conservar la confidencialidad de esa información. También comprendo que las organizaciones y personas que he autorizado a que divulguen la información de mi(s) niño(s) no tienen control sobre las instituciones educativas que recibirán la información divulgada ni sobre ninguna nueva divulgación de la información de mi(s) niño(s) que esas instituciones educativas pudieran realizar. Cualquier nueva divulgación de la información de mi(s) niño(s) por parte de las instituciones educativas está sujeta a mi control y a la ley Federal correspondiente.

**D. CONSECUENCIAS DE NO FIRMAR LA AUTORIZACIÓN.** Comprendo que si no autorizo a que se divulgue la información de mi(s) niño(s) firmando esta Autorización, las instituciones educativas en las cuales ellos están inscritos podrían tener dificultades para proporcionar servicios educativos y otros relacionados a mi(s) niño(s).

**E. FECHA DE VIGENCIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.** Esta Autorización para divulgar la información de mi(s) niño(s) a las instituciones educativas tiene vigencia partir del día en el cual firmo esta Autorización.

**F. VENCIMIENTO DE ESTA AUTORIZACIÓN.** Esta Autorización para divulgar la información de mi(s) niño(s) a las instituciones educativas vence en la fecha de lo que ocurra primero:

(1) La fecha en la cual mi(s) niño(s) ya no esté(n), por orden judicial, bajo custodia de ya sea el Secretario del DCF o el Secretario del KDOC.

(2) La fecha en la cual entregue mi revocación de esta Autorización por escrito a la(s) organización/ones que autorice en la Sección A, anteriormente, a realizar divulgaciones.

**G. DERECHO A REVOCAR MI AUTORIZACIÓN.** Me reservo en forma específica el derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento. Comprendo que, para que mi revocación tenga vigencia, debo revocar mi Autorización por escrito y entregarla o hacer que sea entregada en el domicilio correcto a cualquiera de las siguientes organizaciones que autorice a divulgar información.

- **Departamento para Niños y Familias de Kansas**, ATN: HIPAA Privacy Officer, 555 S. Kansas Ave., Topeka, KS 66603
- **Departamento Correccional de Kansas – División Servicios Juveniles**, ATN: HIPAA Privacy Officer, 714 SW Jackson, Suite 300, Topeka, KS 66603.
- Comprendo que el DCF y JJA y sus empleados, contratistas y agentes están autorizados a continuar divulgando información acerca de mi(s) niño(s) a las instituciones educativas hasta que les sea entregada mi revocación por escrito de esta Autorización.

Mi Nombre (Por favor en Letra de Imprenta):

\_\_\_\_\_

Mi Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de Mi Firma: \_\_\_\_\_

**Autorización para Divulgar Información  
Incluso Información Individual Identificable  
de Salud de los Niños**

Autorización Recibida por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

